

**А.Н.Заблодский, П.Д.Новиков,
Д.А.Леонов, А.Н.Лашко**

Хромогастроуденоскопия с конго красным в прогнозе рецидивов язвы двенадцати- перстной кишки у детей

Витебская детская областная клиническая
больница

С развитием педиатрической эндоскопии установлено, что язва двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) у детей чаще всего имеет хроническое и рецидивирующее течение, а симптомы поражения желудочно-кишечного тракта обычно сохраняются и у подростков и взрослых [1]. Таким образом, прогнозирование течения язвенной болезни приобретает первостепенное значение в определении лечебной тактики.

Большое практическое значение при определении катамнеза у детей с впервые выявленной ЯДПК имеют эндоскопические признаки повышенного риска рецидивирования язвы. К таким факторам относят анатомические [3, 4] и функциональные признаки [7], определяемые эндоскопически.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить роль и место хромогастроуденоскопии с конго красным в решении вопроса о прогнозе течения ЯДПК у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 40 детей в возрасте от 5 до 14 лет (средний возраст - $12,1 \pm 1,6$ года). Срок наблюдения в динамике от 1 до 5 лет (в среднем - $2,75 \pm 1,0$ года).

Обследование осуществляли с помощью эндоскопов GIF-XP20, GIF-P20 «Olympus». Прямая хромогастроуденоскопия проводилась по нашей модифицированной ме-

тодике. После проведения рутинной эзофагогастроуденоскопии и отсасывания желудочного содержимого дистальный конец эндоскопа устанавливался в препилорическом отделе желудка. Через полиэтиленовый катетер, введенный в биопсийный канал эндоскопа, под контролем зрения при постепенном извлечении аппарата разбрызгивали 0,3% водный 0,2М содовый раствор конго красного от 10 до 40 мл по всей поверхности луковицы двенадцатиперстной кишки и желудка. Конго красный обладает способностью изменять окраску при наличии свободной соляной кислоты в желудке в зависимости от уровня pH среды: при $pH > 5,5$ краситель приобретает ярко-красный цвет, при $pH < 5,5$ - фиолетовый до черного (параллельно снижению pH) - положительная конго-реакция [7]. Через 1-3 минуты оцениваются результаты. Фармакологически стимуляцию секреции не проводили. Пациентам, принимавшим H_2 -блокаторы гистамина и ингибиторы протонного насоса в течение недели до исследования, хромогастроуденоскопия с конго красным не проводилась.

Расчеты и статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ «Statgrafics» с вычислением коэффициента корреляции Спирмана. Статистически достоверным считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выделено 3 типа хромогастроуденоскопической картины в зависимости от топографии и протяженности зон соответствующего окрашивания слизистой двенадцатиперстной кишки и желудка.

При 1 типе (у 12 больных) слизистая антрального отдела окрашивалась в ярко-красный цвет, а слизистая фундального отдела - в фиолетовый до черного. Такая хромокопическая картина свидетельствует о сохранении кислотопродуцирующей функции фундального отдела и ощелачивающей способности антрального отдела желудка.

При II типе (у 20 детей) в диффузный сине-фиолетовый, вплоть до черного цвета окрашивалась слизистая фундального и антрального отделов желудка до 1-2 см от привратника. Это свидетельствовало о высокой интенсивности кислотообразования и декомпенсации ощелачивающей функции антрального отдела желудка.

При III типе (у 4 детей) в луковице двенадцатиперстной кишки визуализировались пятна черного цвета различной протяженности и формы, что свидетельствовало о наличии зон кислотопродукции, связанных с желудочной метаплазией или гетеротопией желудочного эпителия в луковицу двенадцатиперстной кишки [20,21].

Если в течение года (срок проведения наблюдений) ни разу не зафиксировано активной язвы, больного относили к группе «Ремиссия», остальные вошли в группу «Рецидив».

В группе «Ремиссия» ($n=18$) хромогастроскопических данных I типа было 10, II-8, III-0. В группе «Рецидив» ($n=20$) хромогастроскопических картин I типа было 2, II - 20, III - 4.

Конго-положительная реакция в антральном отделе (II тип) в группе «Рецидив» встречались в 95,4%, а среди больных группы «Ремиссия» - в 44,4%. Еще более выражена разница при сравнительной оценке результатов конго-теста в луковице двенадцатиперстной кишки. У больных группы «Рецидив» конго-положительная реакция отмечалась в 18%, в то время как у больных группа «Ремиссия» ее не было ни разу.

Точность, чувствительность и специфичность хромотеста в антральном отделе желудка, выявляющего декомпенсацию ощелачивающей функции 0,75; 0,91; 0,8 соответственно. Статистический анализ показал достоверную ($p<0,05$) и тесную ($r=0,51$) связь между характером окрашивания антрального отдела желудка раствором конго красного и возможностью оказаться в группе больных с рецидивирующим типом течения ЯДКП.

Все случаи наличия кислото-

продуцирующей слизистой в луковице двенадцатиперстной кишки были связаны с рецидивами, но расчеты показали отсутствие тесной корреляционной связи ($r=0,3015$, $p>0,05$), хотя точность, чувствительность и специфичность теста составили 0,88; 0,66; 1,0 соответственно.

На основании эндоскопической и морфологической картины авторы пытаются прогнозировать рецидив язвенной болезни. Следует отметить, что, кумулятивная частота обострения ЯДПК зависит от периодичности эндоскопического обследования пациентов: осмотр 2 раза в году выявляет 11% рецидивов, а ежемесячная эндоскопия - до 46,5% обострений [11]. Признаками вероятности обострения рецидива являются: наличие эрозий к моменту рубцевания язвы [1]; заживление язвы более чем за 12 недель [5, 19]; сопутствующий хронический гастродуоденит [1], имеющий характерные морфологические изменения [15]; выраженная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки [6,8, 15]; высокий уровень кислотопродукции [1,14,18]; феномен «перца с солью» при рубцевании язвы [5]; звездчатой формы постязвенный рубец [5], «закисление» слизистой луковицы при хромо-дуоденоскопии к моменту рубцевания [8, 15]; неэффективная эрадикация слизистой желудка от *Helicobacter pylori* [16,17].

Кручинин Е.З. отмечает высокую точность прогноза по данным гастрохромо-скопии с конго красным: при меньшей протяженности кислотообразующих участков у больных отмечается более благоприятный прогноз течения язв двенадцатиперстной кишки [7]. Имеется также математическая модель прогнозирования течения язв двенадцатиперстной кишки в зависимости от кислотовыделения [3].

Благоприятными признаками считаются: локализация язвы на передней стенке в центре и выходном отделе луковицы двенадцатиперстной кишки [4,8]; локализация язвы на передней стенке и малой кривизне луковицы на фоне поверхностного гастрита или неизмененной слизи-

стой [5]; небольшая кислото-продуцирующая зона и (или) наличие очагов энтеролизации слизистой желудка [14].

ВЫВОДЫ

1. Применение хромогастродуоденоскопии с конго красным у больных с впервые выявленной язвой луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет с достаточной долей достоверности, прогнозировать возникновение рецидивов.

2. Преобладающее значение в прогнозе имеет комплекс эндоскопических и хромоэндоскопических признаков фиксируемых в процессе первого исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богер М.М. Язвенная болезнь. - Новосибирск: Наука, 1996. - С.256

2. Гавриленко В.Я., Синев Ю.В., Чибис О.А. Применение витальных красителей в эндоскопии. - М., 1993. - 43 с.

3. Доронин Г.М., Колосова О.Л., Шаталов И.А., Галин Л.Я. /В кн.: Заболевания органов пищеварения. - М., 1981. № 4. - С.22-27.

4. Гершман Г.Б., Боксер В.О. Эндоскопическое исследование в оценке типов течения дуоденальных язв у детей // Педиатрия, 1986. - №3. - С.43-46.

5. Капитоненко А.М., Ермаков Е.В., Гавриленко Я.В. и др. Возможности дуоденоскопии в прогнозировании течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Военно-мед. журнал, 1981. № II. - С.30-32.

6. Кричмар И.М., Марченко А.В. Эндоскопические и морфологические критерии саногенеза при язвенной болезни // Вестник хирургии, 1989. - № 1. - С. 139-141.

7. Кручинин Е.З. Клинико-эндоскопические критерии в прогнозировании рецидивов язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук., 1983. - 23 с.

8. Кручинин Е.З., Гавриленко Я.В., Ермаков Е.В. и др. Возможности прогнозирования рецидива впервые выявленной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста // Тер. архив, 1981. - №12. - С. 90-93.

9. Логинов А.С., Мягкова Л.П. Факторы

влияющие на заживление язвы при язвенной болезни // Тер. архив, 1987. - №12. - С. 11-16.

10. Майстренко Н.А., Варзин С.А. Значение исследования кислой желудочной секреции для прогнозирования рецидивов дуоденальной язвы после ваготомии (сообщение 1) // Вестник хирургии, 1997. - Т.156. - №2. - С. 30-34.

11. Мараховский Ю.Х. Общая гастроэнтерология: Основная терминология и диагностические критерии. - Минск, «Репринт», 1995. - 172 с.

12. Новик А.В. Актуальные вопросы формирования пептических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Педиатрия, 1993. - № 1. - С.22-25.

13. Образов В.П., Волков А.И., Закомерный А.Г. Хромогастроскопия в определении функционального состояния желудка при хронических гастродуоденитах у детей // Вопр. охр. мат. и детства, 1994. - № 4. - С. 10-12.

14. Покротнюк Ю.Я., Стрелус З.А., Полина В.Б. и др. Прогноз хронической язвы желудка по данным гастрохромоэндоскопической оценки слизистой оболочки желудка // Тер. архив, 1986. - №2. - С. 45-48.

15. Товсташов А.Л., Заблудский А.Н. Прогностические эндоскопическо-морфологические критерии рецидивирования язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей /Акт. проблемы современной медицины. - Витебск, 1994. - Т.11. - С. 148-149.

16. Carrick I., Leek, Harell S. Et al. *Campylobacter pylori*, duodenal ulcer, and gastric metaplasia: possible role of functional heterotopic fissure in ulcerogenesis // Gut, 1989. - № 30. - P. 790-797.

17. Ciang B.I., Chang M.H., Lin I. Et al. Chronic Duodenal Ulcer in Children // J. pediatr. Gastroenter. Nutr, 1989. - Vol 8. - №2. - P.161-165.

18. Conghlan G., Gilligan D., Humphries H. et al. *Compylobacter pyloridis* and relaps of duodenal ulcers // Gastroenterology, 1987. - Vol. 92. - P.1355.

19. Dobrilla Get et al. The need for long-term treatment of peptic ulcer // J. Alimen. Pharm. Ther, 1993. - № 7. Supp1e 2. - P.3-15.

20. Khulusi S., Mendall M.A., Badve S. et al. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on gastric metaplasia of the duodenum // Gut, 1995. - Vol.36. - P.193-197.

21. Noach J.A., Rolf T.M., Senwartr M.P. et al. Gastric metaplasia and *Helicobacter pylori* infection // Gut, 1993. - N II. - Vol.34. - P. 1510-1514.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

СПРАВОЧНИК ПАЦИЕНТА

ВАМ НАЗНАЧИЛИ ИССЛЕДОВАНИЕ

Колоноскопия

Что такое колоноскопия?

Колоноскопия – эндоскопическое исследование, во время которого визуально, то есть под контролем зрения, оценивается состояние слизистой оболочки толстой кишки. Исследование выполняется гибкими эндоскопами. В качестве источника света служит осветитель, работающий на галогеновой или ксеноновой лампе, то есть используется так называемый “холодный” свет, что исключает ожог слизистой.

Иногда перед колоноскопией выполняется рентгенологическое исследование толстой кишки – ирригоскопия. Эндоскопическое исследование можно выполнять спустя 2-3 дня после ирригоскопии.

Как готовиться к колоноскопии?

Для того чтобы осмотреть слизистую оболочку толстой кишки необходимо, чтобы в ее просвете не было каловых масс.

Успех и информативность исследования определяется, в основном, качеством подготовки к процедуре, поэтому уделите самое серьезное внимание выполнению следующих рекомендаций: Если Вы не страдаете запорами, то есть отсутствием самостоятельного стула в течение 72 часов, то подготовка к исследованию заключается в следующем.

- Накануне исследования в 14 часов необходимо принять 40 граммов касторового масла. Другие слабительные (препараты сенны, бисакодил и пр.) не позволяют полностью очистить толстую кишку, поэтому не должны использоваться в процессе подготовки.
- После самостоятельного стула необходимо сделать 2 клизмы по 1-1,5 литра. Клизмы делают в 20 и 22 часа.
- Утром в день исследования необходимо сделать еще 2 такие же клизмы (в 7 и 8 часов).
- Нет необходимости голодать в день исследования. Легкий завтрак (каша, яйцо, хлеб, чай или кофе) улучшат Ваше самочувствие и позволят легче перенести исследование.

Если у Вас имеется склонность к запорам, то для подготовки к колоноскопии необходимо дополнительно выполнить несколько рекомендаций:

- За 3-4 дня до исследования необходимо перейти на специальную (бесшлаковую) диету, исключив из рациона свежие овощи и фрукты, бобовые, черный хлеб, капусту в любом виде (как свежую, так и прошедшую кулинарную обработку).
- В это же время необходимо ежедневно принимать слабительные препараты, которыми Вы обычно пользуетесь. Возможно, необходимо увеличить их дозу – для решения этого вопроса посоветуйтесь с Вашим лечащим врачом.
- Дальнейшая подготовка не отличается от вышеизложенной.

Что произойдет во время колоноскопии?

Эндоскопическое исследование толстой кишки представляет собой достаточно сложную в техническом отношении процедуру, поэтому максимально старейтесь помочь врачу и медицинской сестре – строго следуйте их инструкциям. Возможно Вы будете испытывать дискомфорт во время исследования, однако врач будет предпринимать все меры, что бы уменьшить эти неприятные ощущения. Во многом точное следование инструкциям позволяет уменьшить дискомфорт.

- Перед исследованием Вам сделают внутривенную инъекцию обезболивающего препарата.
- Вам будет необходимо снять с себя всю одежду ниже пояса, включая нижнее белье.
- Вам помогут лечь на кушетку на левый бок, колени должны быть согнуты в коленях и подтянуты к животу.
- Эндоскоп через заднепроходное отверстие вводится в просвет прямой кишки и постепенно продвигается вперед при умеренной подаче воздуха для расправления просвета кишки. Во время исследования по указанию врача Вам помогут повернуться на спину или вновь на левый бок.
- При некоторых патологических состояниях для уточнения диагноза необходимо микроскопическое исследование измененных участков слизистой оболочки, которые врач берет специальными щипцами – выполняется биопсия, что удлиняет время исследования на 1-2 минуты.

Что Вы почувствуете во время колоноскопии?

Ощущение переполнения кишки газами, отчето возникает позывы на дефекацию. По окончании исследования введенный в кишку воздух отсасывается через канал эндоскопа. Умеренные болевые ощущения, поскольку кишка растягивается при введении в нее воздуха. Кроме того, в момент преодоления изгибов кишечных петель возникает натяжение богато иннервированной складки брюшины, посредством которой отдельные петли кишки прикрепляются к стенкам брюшной полости. В этот момент Вы будете испытывать кратковременное усиление болей.

Как вести себя после исследования?

- Пить и есть можно сразу же по окончании процедуры.
- Если сохраняется чувство переполнения живота газами и кишка не опорожняется от остатков воздуха естественным путем, можно принять 8-10 таблеток мелко истолченного активированного угля, размешав его в 100 миллилитрах (полстакана) теплой кипяченой воды.
- В течение нескольких часов после исследования лучше лежать на животе.

Как узнать результаты исследования?

Подробный протокол исследования и заключение о состоянии слизистой толстой кишки будут переданы Вашему лечащему врачу, который обсудит их с Вами даст необходимые рекомендации. Результаты биопсии, если она была выполнена в ходе колоноскопии, можно будет узнать через несколько дней, как правило, через неделю.